

症 例

吐血にて発見された胃粘膜癌の一例

月城孝志¹⁾
藤田敏雄²⁾

森田 英¹⁾
伊藤 博²⁾

はじめに

今回、我々は、吐血を主訴として来院し、内視鏡にてⅢ+ⅡCよりの出血と診断し、待期的に治癒切除し得た、異粘膜癌の一例を経験したので、若干の考察を加え、報告する。

1. 症 例

患 者：F. I 61才 男性

主 訴：吐血

家族歴：特記すべきことなし

既往歴：45才、胃潰瘍、肝障害

現病歴：45才の時、胃透視にて胃潰瘍を指摘された。昭和59年より、近医にて、胃透視及び上部消化管内視鏡を、年に1回程度施行されており、昭和61年9月の胃生検では、癌陰性であったという。

本年1月14日頃より、左季肋部痛、タール便を生じ、17日になり、約200ccのコーヒー残渣様嘔吐を生じ、救急車にて当院受診。緊急内視鏡の結果、胃角部前壁の潰瘍からの出血と診断し、入院となる。

入院時現症：血圧140/80。体格中等度。貧血軽度、黄疸なし。表在リンパ節を触知せず。心、肺に異常なし。心窩部に圧痛あるも、腫瘤、筋性防御を認めず。肝、脾を触知せず。

入院時検査所見：赤血球 370×10^4 。Hb11.7。Ht35.0。白血球9000。血小板 17.5×10^4 。GOT22。GPT9。Al-P7.2。γ-GTP 77。CEA 5以下。CA19-9 19。

胃内視鏡所見：Fig 1は、1987年1月17日に施行した緊急内視鏡像。胃角部前壁に、凝血塊の付着を認め、同部よりの出血と考えられた。ただし、潰瘍の深さ、周囲粘膜の性状は観察不能であった。トロンビン末散布、セクレチン、H₂受容体拮抗剤投与後、翌日再検

した(Fig. 2a, b)。既に出血はなく、胃角部前壁には、不整形の白苔と辺縁発赤帯を伴う潰瘍と、その口側には胃粘膜島を有する、Ⅱc様陥凹面を認める。大弯よりの粘膜ヒダは、ヤセ、膨隆断裂を呈する。早期胃癌で、Ⅲ+Ⅱcと考えられた。

胃X線所見(Fig. 3)：1987年1月24日、胃ゾンデを用いて、胃前壁二重造影を施行。陥凹面は境界明瞭で20×10mm。その中心よりやや小弯側に偏在して12×10mmのⅢ病変を認め、更に、数ヶの島状小隆起を認める。大弯よりの粘膜ヒダは、膨隆断裂し、一部蚕食像を認める。以上より、胃角部前壁小弯寄りに生じたⅢ+Ⅱcで、Ⅲからの出血と考えられ、吐血後7日めの胃X線像では、Ⅲは若干縮少し、Ⅱc+Ⅲに変化した。組織型としては、境界明瞭な点から未分化癌で、深達度は、一部蚕食像を呈する点から、smにまで達するものと考えられた。胃生検より、未分化型腺癌を認めた。

手術所見：出血による貧血の増悪なく、肝その他に転移を認めず、1987年2月12日、胃亜全摘、大網切除術を施行。術中所見では、HoPoNoSoでStage I、絶対治癒切除であった。

切除胃肉眼所見(Fig. 4、5)：大弯線で切開された新鮮標本で、胃角部前壁小弯側に18×16mmの地図状のⅡc面と島状小隆起を認め、Ⅱcの中心よりやや小弯側に偏在して、発赤調の潰瘍痕を認める。大弯よりの粘膜ヒダは陥凹部で膨隆断裂し、一部蚕食像を認める。切除標本では、Ⅱcと診断された。

病理組織学的所見：Fig 6 a、bは、癌巣部剖面のルーベ像と、そのシェーマであるが、U1-Ⅱの潰瘍を認め、その粘膜下は、粘膜筋板が消失し、著明な線維化を呈する。癌細胞は、潰瘍の辺縁に存在し、粘膜内に限局しており、粘膜下及び潰瘍底には浸潤を認めない。尚、露出血管はない(Fig. 8)。この癌の組織像は、索状配列を呈する未分化型腺癌で、印環細胞

1) 厚生連糸魚川病院 内科

2) 厚生連糸魚川病院 外科

も散見され、中には、間質組織への粘液の出現も認められる。腸上皮化生は中等度であった。

2. 考 察

上部消化管出血をきたす疾患のうち、胃癌は、消化性潰瘍、静脈瘤、胃びらん¹⁾に次いで多く、全体の約6%を占める¹⁾。胃癌からの出血は、消化性潰瘍からの出血¹⁾に比べ、緩徐で、量も少量のことが多い。胃癌全体のうち、出血で発見される率は1.9~9.3%とも言われ、進行癌と早期癌との間で、特に出血率の有意差は認められていない。早期胃癌の出血率は、3.7~13.7%で、しかもその81.8~89.0%は陥凹型で、更に、IIIを有するものは、そのうち53.8~56.5%と言われている²⁾。出血の原因は、組織学的検索から、潰瘍底露血管破綻、潰瘍辺縁粘膜下血管の破綻、潰瘍底毛細血管増生、それに、腫瘍粘膜出血等が挙げられている³⁾。

我々の経験した一例は、吐血時にはIII+IIcであったが、7日後にはIIc+III、26日後の手術時にはIIcに変化し、早期胃癌の悪性サイクルを呈したものと考えられた。悪性サイクルにおけるIIIの病態は、現在、村上の言うように、癌病巣に起こった消化性潰瘍とされており⁴⁾、胃液酸度の保持されている胃で、特に早期胃癌でも未分化型腺癌に多く、III病変が高頻度に生じやすく、この場合、消化性潰瘍と同様に、H₂受容体拮抗剤が、III病変の治療に有効と考えられる⁵⁾。

本症例は、出血に伴うショックに陥ることもなく、止血後の内視鏡再検にて胃粘膜癌と診断でき、待期的に治療切除が可能となったが、一般に、吐血時の緊急内視鏡に際しては、出血性病変が悪性の可能性もあり、

できれば、止血を計った後、内視鏡再検、更に胃生検を施行することが望ましい。癌性出血の止血には、癌腫の摘出が不可欠な条件となり、癌であれば、その深達度、分化度を術前に診断し、切除範囲、リンパ節郭清の程度を決定することは、根治手術に結びつくと思われるからである。実際には、待期的に手術し得た例の58.9%のみが、腫瘍切除可能で、重症ショック例になると、それが39.1%に減少するとの報告がある⁶⁾。

又、本症例は、昭和61年9月の近医による胃生検では癌陰性であったが、当時は、悪性サイクルにおける癌巣内潰瘍による癌巣の置換であったのか、単なる手技上の問題か、あるいは、いわゆるHauser型の潰瘍癌の経過をとったのか、等の推測が立つが、それらを病理学的に説明し得ず、今回は、諸文献に論じられているように、未だ潰瘍と癌との関係は解明されていない、との論に委ねることとした。

3. 結 語

我々は、吐血を主訴とした患者の、胃粘膜癌の一例を経験し、癌性出血に対する詳細な診断の必要性について、若干の文献的考察を行ない、報告した。

文 献

- 1) 杉山 宏：癌の臨床 32：165、1986。
- 2) 板野 聡：三重医学 24：753、1981。
- 3) 佐々木明：日消外会誌 15：601、1982。
- 4) 中村恭一：胃と腸 6：145、1971。
- 5) 望月孝規：胃と腸 22：135、1987
- 6) 長尾房大：臨床と研究 59：2543、1982。
- 7) 北島政樹：臨床外科 40：343、1985。
- 8) 喜多島豊三：医療 35：1121、1981。

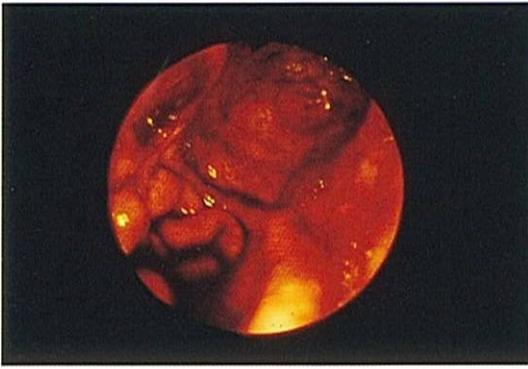


Fig. 1 Emergent endoscopic picture on January 17, 1987. Small amount of coffee-like blood is seen in the stomach and coagulation coating on the anterior wall of the gastric angle.

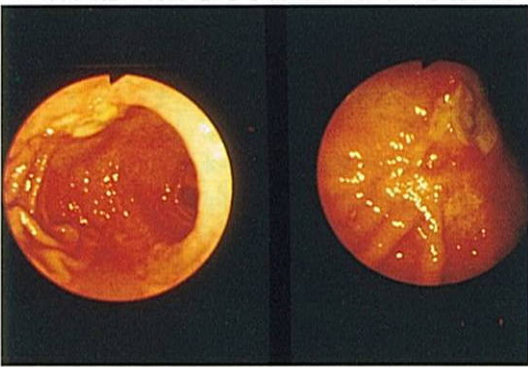


Fig. 2 a Fig. 2 b Endoscopic picture on January 18, 1987. Bleeding is already stopped. Shallow depression with irregularly-shaped ulceration and islet-like elevation is seen on the same site in Fig. 1. Converging folds show abrupt interruption, swelling and moth-eaten appearance.



Fig. 3 Double contrast radiograph in the prone position on January 24, 1987. Shallow depressive lesion accompanying with well-demarcated ulceration and elevation with converging folds reveals the same endoscopic findings as presented in Fig. 2 a, b.

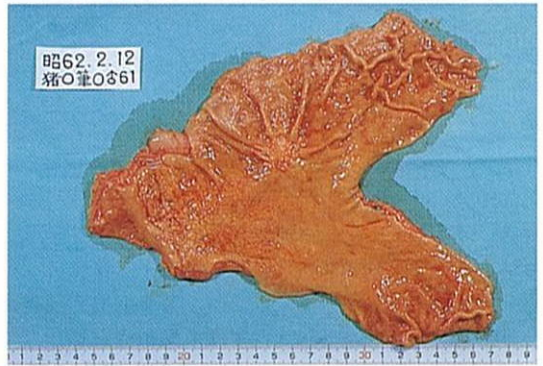


Fig. 4 Gross appearance of the resected stomach. Shallow depression and converging folds are seen in the anterior wall of the gastric angle near the lesser curvature.



Fig. 5 Close-up view of Fig. 4. Central ulceration is minimized and forming scar. Converging folds reveal abrupt interruption, swelling and moth-eaten appearance. IIC area is measuring 18×16mm in dimensions.

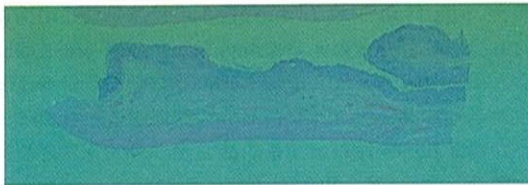


Fig. 6 a Cross section of the IIC lesion.

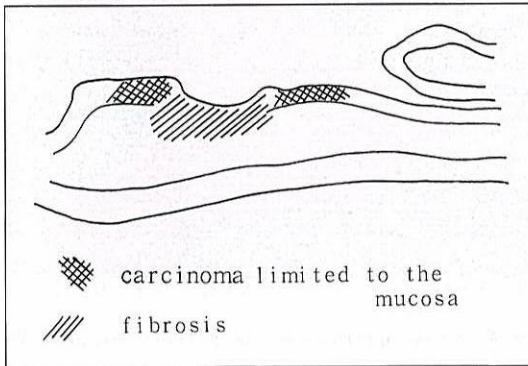


Fig. 6 b Schematic presentation by line-drawing of Fig. 6 a. Cancer cells are limited within the mucosal layer and it borders on the margin of the Ul-II graded ulcer, of which submucosal fibrosis is extremely marked.

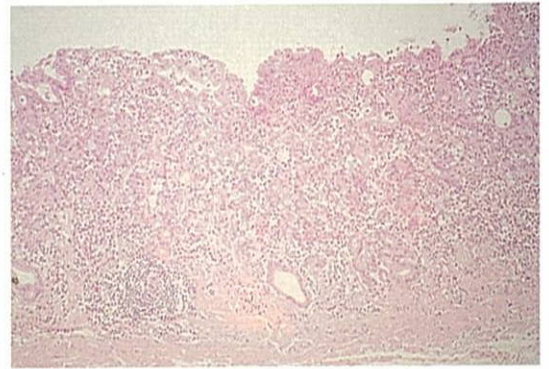


Fig. 7 Lower-power view. Poorly differentiated adenocarcinoma is involving the full thickness of the mucosa.

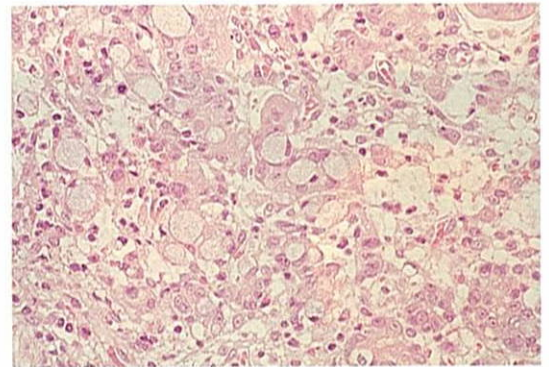


Fig. 8 High-power view is showing poorly differentiated adenocarcinoma with signet ring cells.